

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

161

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Militza SAKOVITCH

Née le 20 mai 1899, à Négotine (Serbie)

NOTES CLINIQUES ET RADIOGRAPHIQUES

SUR LA

TUBERCULOSE DE L'ÉPAULE

CHEZ L'ENFANT

Président : M. A. BROCA, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

lor.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Militza SAKOVITCH

Née le 20 mai 1899, à Négotine (Serbie)

NOTES CLINIQUES ET RADIOGRAPHIQUES

SUR LA

TUBERCULOSE DE L'ÉPAULE
CHEZ L'ENFANT

Président : M. A. BROCA, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^e, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBE
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTIERER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



A MES PARENTS

A MES FRÈRES

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le professeur Auguste BROCA

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
à l'Hôpital de Enfants Malades
Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

*En témoignage de sincère
reconnaissance.*

Les observations et les radiographies que nous communiquons sont celles de malades traités dans le service de M. le professeur Broca. Qu'il nous permette de lui adresser ici nos très sincères remerciements pour la bienveillance avec laquelle il nous a dirigée et aidée dans notre travail.

Nos remerciements vont aussi à son chef de clinique, M. le Dr Massart, qui nous a prodigué ses conseils, et à notre amie, Mlle Sigoillot, qui s'est chargée d'exécuter les dessins de nos radiographies.

NOTES CLINIQUES ET RADIOGRAPHIQUES

SUR LA

TUBERCULOSE DE L'ÉPAULE

CHEZ L'ENFANT

OSTÉOARTHRITE TUBERCULEUSE DE L'ÉPAULE

L'ostéoarthrite — ou la synovite — tuberculeuse de l'épaule a coutume d'être désignée sous le nom de scapulalgie, en parallélisme avec ce qu'à la hanche est la coxalgie : pourvu qu'on s'accorde sur la valeur du terme, il n'y a aucun inconvénient à l'employer, étant entendu que parmi les arthrites de l'épaule la scapulalgie est la variété tuberculeuse.

Cette localisation bacillaire, sans être exceptionnelle, est assez rare cependant : elle est nettement moins fréquente que les lésions bacillaires du coude et du poignet, venant ainsi en queue du membre supérieur, dont la tuberculose menace les jointures bien moins que celles du membre inférieur.

Malgré cette rareté relative, la scapulalgie mérite de retenir notre attention, en raison d'une forme sèche, sclérosante, peut-être moins spéciale

à cette articulation qu'on ne l'a cru naguère, mais plus facile à étudier qu'à la hanche, où l'on peut se demander si elle n'existe pas. A cette « carie sèche » surtout sera consacré ce travail, car la forme fongueuse ordinaire, moins fréquente, ne présente pas de particularités intéressantes. Quelques mots suffiront donc pour elle, au cours de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

SIGNES D'UNE ARTHRITE DE L'ÉPAULE

Souvent les parents nous disent, en amenant l'enfant pour la première fois, qu'il souffre du membre supérieur depuis huit jours seulement.

Nous signalerons, en reconnaissant qu'ils sont assez rares, les cas où, après une légère fatigue, à vrai dire sans cause connue, où l'enfant se plaint d'une *douleur au niveau du coude* et se met à lever difficilement le bras. La famille conclut à « un nerf foulé », fait quelques massages et frictions à l'alcool camphré, puis, voyant que l'état reste stationnaire, se décide à consulter.

D'abord, dans ces cas, on montre le coude seulement : en effet, l'enfant, interrogé, désigne cette région comme siège de la douleur. Mais tout de suite une chose frappe : à l'inspection, à la palpation on ne trouve rien d'anormal en cette région, identique à celle du côté opposé. Et par contre il n'est pas naturel qu'une lésion quelle qu'elle soit, du coude ou de l'avant-bras, gêne l'élévation du bras, c'est-à-dire un mouvement de l'épaule.

Il est fort possible que nous ayons ici quelque chose d'analogue à ce qu'est la douleur au genou

dans la coxalgie, douleur dont la pathogénie exacte est d'ailleurs inconnue.

D'ordinaire ce signe n'existe pas, et c'est la *maladresse du membre* qui est le motif de la consultation. L'examen de l'épaule, le thorax étant à nu, montre que le bras pend le long du corps, l'avant-bras en pronation, l'épaule abaissée, d'où résulte à l'inspection du dos une légère scoliose à convexité dorsale du côté sain ; scoliose redressée dès qu'on met les épaules de niveau. Rien à l'avant-bras ni au coude mais par contre la région scapulaire est plus ou moins gonflée, ce qui se voit moins au moignon qu'à la région sus-claviculaire dont le creux est effacé. Avec cela, les muscles du bras et de l'épaule, les pectoraux présentent une atrophie notable, appréciable à la vue et surtout à la palpation.

Ces signes doivent avant tout faire croire à une arthrite de l'épaule, et l'on voit, en effet, que pour écarter le bras du tronc le sujet lève l'épaule tout d'une pièce. Comment démontrer que l'articulation est malade ? En étudiant l'amplitude des *mouvements communiqués*.

Le mouvement dont, à l'épaule, la limitation est la plus précocce et la plus facile à mettre en évidence est l'abduction, aisément comparée à celle du côté opposé.

On commence l'examen par l'épaule saine, en se plaçant derrière le malade qui est soit debout soit à cheval sur une chaise. On met les quatre doigts de la main gauche sur l'épaule droite, supposé saine,

ainsi bien fixée, le pouce sur l'angle de l'omoplate, dont il percevra dès lors le moindre déplacement. On saisit alors le coude de la main droite et, les muscles étant bien relâchés, on imprime au bras un mouvement d'abduction, exactement transversal : Il arrive presque à l'angle droit sans que l'omoplate ait bougé ; mais à partir de là son angle quitte le pouce et se porte en haut et en dehors, vers l'aisselle, à mesure que le coude s'élève davantage. Cela veut dire que le mouvement normal d'abduction de l'articulation scapulo-humérale n'atteint pas tout à fait l'angle droit : l'humérus devient alors immobile, fixé qu'il est par la tension ligamenteuse ; il fait corps avec l'omoplate, à laquelle tout mouvement est transmis lorsque l'élévation du bras se complète grâce au jeu des articulations claviculaires.

Répétons maintenant la manœuvre du côté malade, supposé le gauche, avec cette différence que l'on fixe l'épaule de la main droite et que l'on prend le coude de la main gauche : la démonstration est nette car tout de suite l'angle de l'omoplate s'élève ; toute abduction est donc supprimée dans l'articulation scapulo-humérale. La chose était à l'avance bien probable, car il faut qu'il en soit ainsi pour que l'on s'aperçoive de la gêne des mouvements spontanés et il est rare que l'on soit consulté avant une perte importante de l'amplitude des mouvements.

En cas de perte de l'abduction il faut déterminer quelle est l'attitude du membre. D'ordinaire l'humérus est fixé sur l'omoplate en position intermédiaire

à l'adduction et à l'abduction extrêmes : le bras pendant le long du corps, on voit alors que l'angle de l'omoplate est à gauche plus saillant et plus interne qu'à droite, c'est-à-dire qu'une inclinaison de l'omoplate en bas et en dedans compense une certaine perte dans l'amplitude de l'adduction. Celle-ci, en effet, doit permettre, l'axe de l'omoplate étant vertical, le contact du bras avec la cage thoracique.

Tel est le degré extrême où tout mouvement est supprimé dans l'épaule ; il est facile de supposer des cas moins accentués où l'on démontre que l'abduction est limitée en constatant que l'omoplate suit l'élévation du bras d'un côté plus vite que de l'autre.

C'est précisément le cas d'une fille de dix ans qui a été amenée il y a quelques jours à l'hôpital, sans renseignement par une infirmière scolaire : l'abduction n'a que 50 degrés environ d'amplitude et le membre au repos pend en rotation interne, l'axe de l'omoplate restant vertical parce que l'adduction n'est pas limitée. L'aspect extérieur est à peu près identique à celui du cas précédent.

Gonflement périarticulaire, atrophie musculaire, limitation des mouvements : l'arthrite scapulo-humérale est certaine et presque toujours bien plus ancienne que la famille ne le croit.

Par la palpation, et la pression localisée nous devons serrer le problème de plus près et déterminer l'état : 1° de la synoviale ; 2° des os.

La synoviale est épaissie d'où un certain degré d'empâtement dans la partie supéro-externe de l'ais-

selle, là où elle est accessible à nos doigts, et c'est là aussi qu'il faut souvent chercher au début une bosse-lure fongueuse ou fluctuante. On y cherche également l'engorgement ganglionnaire.

La tête humérale est douloureuse à la pression, surtout au niveau de la coulisse bicipitale. Les parties accessibles de la glène sont le plus souvent indolentes.

Cette douleur signifie-t-elle avec certitude que le squelette est altéré ? Cela n'est pas une preuve indiscutable, car une synovite rend douloureux à la pression le prolongement synovial qui descend le long du tendon du biceps. Mais l'expérience nous apprend, aussi bien que la radiographie et que les opérations, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, que les formes osseuses de la tuberculose sont à l'épaule beaucoup plus fréquentes que les formes synoviales. Leur lésion initiale presque constante est à l'humérus, dans la grosse tubérosité, à cheval sur le cartilage conjugal.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

L'articulation de l'épaule est assez superficielle pour que, prévenu des signes et symptômes précédents, on puisse affirmer sans hésiter l'existence d'une arthrite. Chez l'enfant il n'y a guère de lésions périarticulaires capables d'en imposer.

Aussi par exemple, pour les inflammations non traumatiques de la bourse séreuse sous-delhoïdienne : une fois, chez un adulte, M. Broca nous a dit y avoir ponctionné et guéri un hygroma à grains rizoformes : il n'en a pas vu chez l'enfant.

La liberté des mouvements passifs de l'épaule permet d'éliminer sans peine l'arthrite. L'argument est le même pour ne pas confondre avec une scapulalgie une ostéite tuberculeuse de l'omoplate avec abcès : l'aspect extérieur pourrait nous induire en erreur, car le siège habituel de la lésion est à la jonction acromio-épineuse, et l'abcès ressemble à celui qui, parti de l'articulation, sort le long du sous-épineux.

Chez l'enfant, nous n'avons pas à compter avec ces périarthrites par inflammation adhésive des bourses séreuses sous-delhoïdiennes, qui arrivent à bloquer parfois de façon presque complète l'articu-

lation scapulo-humérale et causent une atrophie quelquefois considérable du deltoïde. Cela peut survenir après une réduction de luxation (lésion que M. Broca n'a jamais vu chez l'enfant) mais parfois aussi après une contusion simple. Celle-ci, en effet, a pour caractéristique fréquente un volumineux hématome sous-deltoïdien, qui s'épanche précisément à la faveur des bourses séreuses de la région : nous en avons vu tout récemment un exemple, chez un garçon de 12 ans dont l'épaule, après une chute, a brusquement gonflé en gigot. La résorption fut presque complète en huit jours et l'articulation n'est pas restée raide.

Avec ou sans hématome de ce genre, un reliquat d'arthrite traumatique est cependant possible et c'est ainsi qu'on peut interpréter l'histoire d'une fille de 12 ans, vue le 22 décembre, trois semaines environ après une chute qui paraissait assez bien précisée. Cette précision fit que, malgré l'atrophie du deltoïde, la limitation des mouvements, la douleur à la pression sur la coulisse bicipitale et sur la paroi axillaire de l'articulation, M. Broca réserva son diagnostic : aussi bien n'aurait-il en tout cas conseillé que le port d'une écharpe. Le résultat fut un assouplissement assez long à se produire, car il n'a guère commencé qu'en février. La douleur à la pression a complètement disparu, mais il persiste un peu d'atrophie deltoïdienne.

Il ne semble pas qu'il y ait eu d'hématome sous-deltoïdien, car à aucun moment on n'a vu d'ecchymose.

La probabilité est pour une simple contusion articulaire, comme nous en voyons de temps en temps : cette contusion est beaucoup plus rare qu'aux articulations superficielles, car le deltoïde protège l'épaule ; d'autre part, l'entorse de l'épaule est à peu près inexistante chez l'enfant.

C'est à titre de renseignement et parce que nous venons d'avoir sous les yeux une contusion de l'épaule que nous avons dit quelques mots sur les lésions périarticulaires. Revenons au seul diagnostic possible : il y a une arthrite chronique. Pourquoi la croyons-nous tuberculeuse ?

II

Peut-être, ici comme ailleurs, une blennorrhagie méconnue est-elle quelquefois en jeu : ainsi qu'à la hanche les difficultés de l'exploration directe rendent ce diagnostic plus difficile que d'habitude. Quant à la *syphilis*, elle semble rare à l'épaule, M. Broca ne trouve qu'une observation dans ses fiches : celle d'une fille de 15 ans, soignée par lui en novembre 1920. Depuis le 20 octobre elle souffrait de l'épaule et les signes d'arthrite chronique étaient nets : un père tuberculeux certain et une mère avouant la syphilis, permettaient d'interpréter le cas dans un sens ou dans l'autre, mais naturellement M. Broca institua le traitement spécifique et le 20 janvier il renvoyait l'enfant guérie. Aucune lésion osseuse n'apparut à la radiographie.

Chez les nourrissons, à la période de syphilis secondaire, l'épaule est, au contraire, un siège assez fréquent de la « pseudoparalysie » de Parrot. Nous n'en parlerions pas si Panas et Péan, qui furent des premiers à écrire sur la scapulalgie, n'avaient décrit comme telle les arthrites des tout jeunes enfants : Pour M. Broca la grande probabilité est pour une confusion soit avec la syphilis, soit avec les arthrites aiguës assez souvent observées à cet âge. Mais pour la syphilis, le sujet n'a presque jamais dépassé 3 mois tandis qu'avant cet âge la tuberculose est exceptionnelle. Aussi malgré une réaction sanguine normale M. Broca aurait mis au traitement l'enfant de 2 mois dont nous publions la radiographie.

Depuis quinze jours déjà l'épaule était gonflée, et sur la radiographie on voit une forte encoche métaphysaire juxta-conjugale : Ostéomyélite chronique ou vérole, dit M. Broca, et il croit peu à la tuberculose. L'enfant n'a pas été revu.

L'ostéomyélite — qui ne tarde pas alors à être démontrée par la radiographie — est une des causes des arthrites aiguës suppurées des nourrissons assez fréquentes à l'épaule. Mais souvent aussi il y a synovite simple, et Rovsing a prétendu qu'alors la tuberculose en est la cause fréquente. D'après l'expérience de M. Broca c'est une erreur : d'abord, dans le pus on trouve toujours un microbe tel que le staphylocoque, pneumocoque, streptocoque, gonocoque ; ensuite, après guérison, — ce qui n'est pas rare, — il n'a jamais vu d'évolution tuberculeuse.

Dans les ostéoarthrites tuberculeuses, le plus jeune des malades dans le relevé actuel de M. Broca, est un garçon de quinze mois, chez lequel on a constaté par hasard un gonflement de l'épaule : empâtement, raideur, douleur à la pression font croire à la tuberculose ; la radiographie ne fait rien voir d'anormal aux os, mais au milieu de ces masses encore très cartilagineuses on ne peut conclure avec certitude. En tout cas, ce n'est pas la forme, possible chez le nourrisson, d'un spina ventosa métaphysaire se propageant à l'épaule.

Nous en avons vu un exemple sur un garçon de 3 ans, très bronchitique, fils d'une mère suspecte, massé depuis six mois, lorsqu'on le montra, le 16 décembre 1916, porteur d'un abcès antéro-externe rouge et fluctuant, où deux ponctions ne purent prévenir la fistule. Les mouvements de l'articulation scapulo-humérale étaient nuls et le restèrent après fistule : l'enfant fut d'ailleurs perdu de vue au bout de quinze jours, sans quoi M. Broca lui aurait certainement évidé l'humérus.

CHAPITRE III

ÉVOLUTION. FORME SÈCHE

On observe à l'épaule une ostéoarthrite fongeuse de forme classique, se terminant par un abcès, grave ou bénin.

Dans le relevé que nous avons fait, nous en trouvons 5 cas, sur des sujets de 2 ans $1/2$ à 14 ans, 3 garçons et 1 fille ; les lésions, portant une fois sur la glénoïde, y sont évidentes. L'abcès a fait saillie une fois en dedans, le long de la paroi axillaire, une fois en avant, sous le bord antérieur du grand pectoral, deux fois en arrière sous l'épine de l'omoplate. Il n'y a pas eu, dans ces cas, de migration par la coulisse bicipitale.

Il est difficile de renseigner sur la gravité de cette suppuration : le garçon de 2 ans $1/2$ est mort cachectique, peu après l'incision d'un abcès sous-pectoral volumineux et chaud, mais deux autres malades ne sont pas revenus à la consultation et il n'en a été suivi qu'un, garçon de 9 ans $1/2$ dont l'arthrite a débuté au commencement de 1913, a suppuré en novembre 1915 et a guéri en décembre 1918, resté solide jusqu'en février 1920.

Ce fut donc une évolution tout à fait lente, après

un début insidieux que révéla seule une raideur gênant pour les exercices de gymnastique : et par là nous sommes conduits à la forme sèche, dont nous pouvons rapporter 7 exemples, sur 5 filles et 1 garçon.

Prédominance féminine suspecte, dirait-on, si l'on songe aux gonococcies méconnues : mais nous éliminons deux arthrites sèches sans lésion osseuse à la radiographie, chez des filles de 7 et 8 ans et de ces cas à squelette probablement intact, nous n'en conservons qu'un cas, car s'il s'agit d'une fille de 6 ans, des gommes de l'avant-bras et du mollet à peu près contemporaines de l'arthrite, puis une adénite axillaire suppurée cinq mois après, semblent nous y autoriser. Et dans les 6 autres cas, la radiographie montre des lésions nettes, cadrant bien avec ce que chez l'adulte nous ont appris certaines réactions.

C'est en 1878 que Volkmann a décrit à l'épaule une « carie sèche » d'allure anatomique et clinique spéciale : un tissu de granulation — qui fut reconnu tuberculeux, — remplissait les géodes d'une tête humérale creusée par l'ostéite raréfiante, rongée, usée de proche en proche par ulcération compressive contre la glène, celle-ci restant intacte.

Les trois radiographies de filles de 7, 10 et 14 ans, que nous présentons, correspondent aux diverses étapes de ce processus ; dans une d'elles la glène est atteinte cependant ; il y en a encore une sur un garçon de 9 ans, où elle paraît malade primitivement.

Chez ces enfants la marche clinique fut la même :

après un début insidieux, une raideur d'abord négligée provoque enfin une consultation, et lorsqu'on voit le sujet au bout de plusieurs mois, on trouve un deltoïde presque disparu, plaqué sur une tête humérale, douloureuse à la pression, et une voûte acromi-coracoïdienne saillante sous la peau, une articulation complètement immobilisée en abduction légère que masque la bascule de l'omoplate. Tous les muscles voisins sont d'ailleurs atrophiés, moins cependant que le deltoïde, et le membre entier se développe mal : au bout de quelque temps, la gracilité et la perte de longueur de l'humérus sont concluantes. A la fin par trouble de nutrition et par ulcération compressive de la tête, M. Broca a vu une fille de 10 ans, dont le bras, ankylosé, était 6 centimètres plus court que l'autre.

Cette fille était malade depuis juillet 1918 et suivie de décembre 1919 à décembre 1920 : elle venait parce que, vers le dix-huitième mois, l'articulation, complètement bloquée cependant, était depuis peu le siège de douleurs vives, nocturnes surtout.

C'est le seul cas douloureux de la petite série de M. Broca, mais cette forme a été signalée, chez l'adulte surtout, et a parfois été le motif d'une résection. Dans le cas particulier, M. Broca s'est contenté d'appliquer un appareil plâtré, sous lequel l'articulation, dorénavant indolente, s'est ankylosée sans incident.

C'est fort différent des douleurs passagères qui, à deux reprises provoqua une traction un peu vive sur

le bras, et dont une simple écharpe vint à bout en quelques jours, chez une fille de 11 ans 1/2, depuis longtemps tout à fait ankylosée.

Certaines de ces arthrites sont latentes au point de n'être pas révélées par la maladresse du membre. L'enraidissement indolent et l'atrophie musculaire passent inaperçus et sont reconnus le jour où on vient consulter pour une adénopathie quelquefois très volumineuse de l'aisselle. Il y a là quelque chose d'assez particulier à l'épaule et par exception l'adénite suppure.

Sauf cette dernière fille, qui fut perdue de vue sept mois après le début apparent de l'arthrite, les autres malades souffraient depuis assez longtemps pour que nous puissions juger à peu près de l'évolution probable : le plus court délai sans abcès, et sans douleur, fut de un an ; des autres cas, entre le début et la dernière note, s'échelonnent de là jusqu'à plus de cinq ans ; et on remarquera, parmi eux celui où l'articulation était restée sèche un an après la poussée douloureuse.

On aurait tort, cependant, même dans les cas anciens, de nier la possibilité de la suppuration. Nous avons fourni un exemple au bout de deux ans, mais nous ajoutons que cet abcès, survenu presque sans douleur, fut bénin et guérit, sans se fistuliser, après une seule ponction.

Quelle que soit d'ailleurs la forme, le traitement sera le même : M. Broca a coutume de ne pas immobiliser les malades en appareil plâtré : Il répugne à leur prendre tout le thorax et le coude

dans une cuirasse plâtrée, à troubler ainsi leur respiration. Car il a constaté qu'en cette région, probablement parce que nous sommes aidés par le poids du membre faisant extension continue, une mise en écharpe suffit. On laissera au poignet et aux doigts leur liberté de mouvements et on n'appliquera pas la déplorable écharpe qui pendant des mois appliquée contre l'abdomen, l'avant-bras transversal et le poignet gêne. L'enfant en souffre moins que l'adulte, chez qui cette attitude prolongée peut être l'origine de raideurs fort graves du poignet et des doigts : un de nos malades cependant a présenté cette complication et n'a dû qu'à sa jeunesse la possibilité d'un assouplissement d'ailleurs assez lent.

Une seule fois, les douleurs ont paru à M. Broca une indication à l'appareil plâtré temporaire qui les a, en effet, supprimées.

Il n'a jamais fait de résection. Chez l'adulte, cette opération, quelquefois indiquée soit par des douleurs dans la carie sèche, soit par des clapiers fistulés, laisse plus souvent qu'on ne le pense parfois une articulation ballante. L'articulation mobile et solide est, suivant M. Broca, la minorité des cas. A cela il ajoute, chez l'enfant, l'arrêt d'allongement par suppression du cartilage fertile.

La différence de longueur des membres est sans doute ici fonctionnellement peu importante : aucune comparaison n'est à établir avec ce qu'on voit en pareil cas aux membres inférieurs. C'est cependant disgracieux.

Par contre l'aboutissant ordinaire de la scapulalgie chez l'enfant, l'ankylose, cause une gêne modérée. La suppléance omo-claviculaire est là pour atténuer ces inconvénients.

Si l'on met à part le spina ventosa huméral, l'évidement osseux paraît rarement indiqué : au moins M. Broca ne l'a jamais appliqué aux cas suppurés, et fistuleux que jusqu'ici il a traités.

Les observations 3, 4, 5 et 6 ont été suivies pendant plusieurs années, après guérison.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Syphilis de l'humérus (fig. 1) (?)

H... André, 2 mois.

Enfant de 2 mois, sans aucun renseignement précis, la mère ne l'ayant amené qu'un matin. Les antécédents héréditaires paraissent nuls, l'enfant (1^{er}) est né à terme. L'épaule aurait commencé à gonfler quinze jours auparavant. Etat général bon.

Radió du 17 janvier 1921 : érosion et géode de toute la métaphyse ; il reste un peu de noyau céphalique. La probabilité est pour la syphilis, quoique le Wassermann soit nul.

OBSERVATION II

Ankylose par scapulalgie sèche de l'épaule droite (fig. 4)

Raymond M..., 9 ans.

L'enfant vient consulter parce qu'il ne peut plus se servir de son bras.

Histoire de la maladie. — Début il y a un an et demi.

Il y a dix-huit mois l'enfant se plaint de douleurs d'épaule.

Il y a deux ans, il se sert beaucoup moins du bras droit.

L'enfant a maigri.

Etat actuel. — Atrophie des muscles de l'épaule.

Raideur de l'articulation scapulo-humérale qui donne l'impression d'être complètement soudée.

Radiographie :

Géodes et usure de la tête humérale presque disparue.

Décalcification de toute la région.

L'enfant n'a pas été revu.

OBSERVATION III

Ankylose après une scapulalgie suppurée (fig. 7)

V... Maurice, 9 ans 1/2.

Antécédents héréditaires. — Père malade du foie et de l'estomac ; mère délicate, a eu deux fausses-couches.

Antécédents collatéraux. — Deux frères sont morts à sept mois et à vingt et un jours. Le dernier né avant terme.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourri au biberon. Première dent à dix mois, premiers pas à quinze mois. Coqueluche, rougeole, scarlatine à six ans, varicelle cette année.

Histoire de la maladie. — Il y a sept ans l'enfant s'est cogné fortement au bras droit. Le médecin consulté a ordonné des frictions et des mouvements au bras et a diagnostiqué de l'arthrite. Il y a quatre ans à la suite de la scarlatine M. Hutinel a trouvé un point suspect au sommet du poumon droit.

Il y a deux ans, les parents se sont aperçus d'une raideur du bras droit qu'ils ont soignés eux-mêmes en lui faisant faire de la gymnastique.

Au mois d'août trois grosses glandes sous le bras se sont résorbées d'elles-mêmes.

Etat actuel. — Actuellement l'enfant accuse des douleurs de temps en temps à l'épaule droite.

A l'inspection on voit une forte atrophie des muscles du bras et surtout du deltoïde. A la pression on constate que la tête humérale est douloureuse.

Les omoplates font une forte saillie dans le dos. L'articulation de l'épaule est ankylosée. Le bras est fixé en abduction et en extension. L'abduction est de 45 degrés. L'épaule est élevée par contracture du trapèze.

1^{er} juin 1915. — Pas de douleurs spontanées. Pas d'abcès. Bon état général.

6 juillet 1915. — Etat stationnaire. Pas d'abcès.

27 juillet 1915. — Pas d'abcès. L'enfant est emmené à la mer.

13 octobre 1915. — Revient après deux mois de séjour à la mer. Pas d'abcès. Excellent état général.

16 novembre 1915. — La tête humérale est rejetée en avant, presque subluxée sous la caracoïde.

A son ancienne place sous l'acromion et débordant un peu en arrière sous l'épine de l'omoplate, s'étendant en bas jusqu'au V^e deltoïdien un abcès fluctuant.

23 novembre 1915. — Ponction de l'abcès. Pus assez abondant, grumeleux, jaunâtre. Ether iodoformé.

17 janvier 1916. — Encore un petit point fluctuant dans la fosse sous-épineuse. L'abcès commence à se résorber. Etat général médiocre.

27 mars 1919. — Revu. Encore une goutte de pus en arrière de l'articulation. Etat général plus satisfaisant.

26 avril 1916. — L'articulation présente dans son ensemble le même aspect d'atrophie considérable. Entre l'épine de l'omoplate et le pli axillaire postérieur, petit abcès fluctuant.

Ankylose complète en adduction. Gros ganglion sous l'aisselle droite et aux aines.

22 mai 1916. — *Radiographie montre :*

Destruction de la tête humérale qui s'est ensuite réossifiée ; et terminaison par ankylose en abduction, comme le montre la direction de l'omoplate, le bras pendant le long du corps.

20 novembre 1916. — Revient ; pas d'abcès. Bon état général.

22 décembre 1916. — Le poignet commence à se fléchir. Quand le poignet est étendu, la main est en flexion.

20 février 1917. — L'enfant revient, il se sert de son coude et arrive à le fléchir à 55 degrés. Extension va jusqu'à 120 degrés. La main n'est plus en flexion lorsque le poignet est étendu. Pas d'abcès.

16 mars 1917. — Les mouvements du coude sont très augmentés ; la flexion est presque complète ; l'extension va au delà de 130 degrés. L'état général est moins bon depuis quelque temps : céphalée, anorexie, vomissements. Mouvements de poignet normaux.

25 avril 1917. — Légère tuméfaction de la fosse sus-épineuse ; fluctuation très douteuse ; pas de modification des téguments.

28 mai 1917. — Tête humérale fortement ulcérée, portée en avant et en dedans ; dépression sous la tête de l'acromion anormalement profonde.

5 octobre 1917. — L'enfant a souffert de l'épaule il y a trois jours. Pas de douleur à la palpation ni par la mobilisation. Rien d'anormal. Pas d'abcès. Enfant revient de la campagne. Il continue à maigrir. Epaule sèche. Ankylose complète. Atrophie à fond du deltoïde.

23 décembre 1919. — Enfant se plaint un peu du coude droit dont la mobilité est parfaite. Articulations douloureuses. Grandit beaucoup. Etat général médiocre.

Il est envoyé à Berck.

22 mars 1923. — Amaigrissement général du thorax. Déformation complète du moignon de l'épaule du côté droit. Atrophie complète des muscles de l'épaule. Atrophie des muscles du bras.

Trouble de l'accroissement des os : humérus en longueur et en épaisseur.

Mesures du bras : 26 centimètres à droite, 32 centimètres à gauche.

Ankylose complète en abduction et rotation interne légère.

OBSERVATION IV

Ankylose par scapulalgie sèche au cours d'une coxalgie (fig. 5)

Raymond L..., 13 ans.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents collatéraux. — Une sœur morte de méningite à dix-huit mois.

Antécédents personnels. — A vingt et un mois, rougeole suivie de bronchite.

Histoire de la maladie. — Début d'une coxalgie en septembre 1916.

Il a souffert de l'épaule à la même époque.

8 juin 1921. — Wassermann négatif.

23 février 1922. — Articulation de l'épaule bloquée. Application d'une écharpe.

Radiographie. — Carie sèche de la tête humérale et de la glène, terminée par ankylose. Début environ quatre ans auparavant.

OBSERVATION V

Ankylose par carie sèche (fig 6)

Ping., Marguerite, 11 ans 1/2. L'enfant a déjà été soignée aux Enfants-Malades dans le service de M. Kirmisson, pour une scapulalgie gauche, qu'on a traitée pendant huit mois avec plâtres changés tous les deux mois. Le bras a guéri en ankylose.

Actuellement, raccourcissement de 3 centimètres environ de l'humérus gauche.

L'enfant revient consulter parce que, depuis quelques jours elle souffrait de son épaule (partie antérieure) quand elle remuait son avant-bras. Elle attribue cet incident à ce qu'une petite camarade lui a tiré son bras malade dans une ronde. Elle s'était déjà une fois entorsée il y a deux ans, son père l'ayant rattrapée par le bras dans une chute dans un escalier.

Au reste, ses douleurs sont actuellement très atténuées. Aucune douleur à la pression; très légère quand on fait remuer l'avant-bras. Probablement légère entorse.

Radiographie. — Ankylose osseuse.

19 décembre 1922. — Les douleurs ont disparu. On ordonne des bains sulfureux.

23 mars 1923. — Déformation du moignon. Atrophie marquée des muscles de l'épaule. Raccourcissement du bras gauche : 23 centimètres à gauche, 27,5 à droite.

Plus d'atrophie des muscles du bras. Ankylose en adduction légère, complète. Scoliose dorsale droite, peu accentuée.

OBSERVATION VI

Carie sèche de l'épaule gauche (fig. 3)

P... Lucienne, 10 ans. *Début* : Commencement de 1918. Tuméfaction diffuse de l'épaule gauche qui disparaît au bout de quelques jours. Alors qu'elle disparaît, au bout d'un mois environ on remarque que l'enfant est gênée pour lever le bras. L'enfant ne souffrant pas les parents n'ont pas consulté, la soignant par des frictions. Ces temps-ci, les choses traînant en longueur, les parents sont venus consulter (18 mars 1919).

Etat actuel, 18 mars 1919. — Examen de dos, l'enfant étant debout bien droite. On remarque que l'angle inférieur de l'omoplate gauche est plus saillant que du côté droit. Pour le rendre symétrique il faut mettre le bras gauche en abduction de 10 degrés environ. En fixant l'angle de l'omoplate on constate que l'humérus n'a aucune mobilité par rapport à elle. Atrophie musculaire notable, appréciable à la vue et à la palpation sur le deltoïde et le biceps, ainsi que sur le long supinateur. Micro-polyadénite axillaire gauche.

Nombreux ganglions gros comme des noisettes indépendants entre eux, dans le creux axillaire gauche. Creux axillaire droit deux ou trois ganglions indépendants gros comme des petites noisettes.

Radiographie. — Scapulalgie sèche, usure de la tête humérale et un peu de la glène; os paraissant cicatrisés (fig. n° 1).

25 juillet 1919. — Bon état général. Atrophie du deltoïde. Mouvements scapulo-huméraux impossibles. Pas d'abcès ni de points douloureux. Ganglions dans l'aisselle. Atrophie de tout le bras.

Evolution sans incident. Simple écharpe.

22 mars 1923. — Ankylose incomplète en position indifférente. Déformation du moignon de l'épaule par fonte des muscles de l'épaule et défaut de développement de la tête humérale. Raccourcissement du bras gauche : 24 centimètres à gauche, 28 cm. 5 à droite. Les muscles du bras non atrophiés. Ankylose incomplète.

Mouvements : sensibles dans le sens antéro-postérieur, très faible pour l'abduction.

OBSERVATION VII

Scapulalgie glénoïdienne suppurée (fig. 2)

Pla... Robert.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourri au sein jusqu'à 4 mois. Première dent à 8 mois. Premier pas à 15 mois, arrêt à 18 mois, recommence à marcher depuis six semaines. Rougeole à 11 mois. Varicèle à 16 mois.

Histoire de la maladie. — Il y a environ trois mois la mère s'est aperçue que l'enfant avait une petite tumeur de la grosseur d'une noisette à la joue gauche. Cette tumeur était mobile et ne suppurait pas. A son niveau la peau devient violacée, puis, il y a trois semaines, la tumeur se fistulisa.

Etat actuel. — Tuméfaction légère de la joue gauche sur une surface de la dimension d'une pièce de 1 franc. La peau est rouge; cette rougeur repose sur une base indurée; en son centre deux petites fistules suppurent légèrement.

L'enfant présente en outre une fracture de la clavicule droite voisine d'un cal ancien et une grosse hernie ombilicale. L'état général est peu satisfaisant, l'enfant est chétif et pleure souvent, n'a pas d'appétit.

2° A droite on note une *arthrite scapulo-humérale* volumineuse ayant débuté, au dire de la maman, il y a deux mois et demi.

Actuellement ankylose partielle, élévation du bras : 45 degrés.

Antépulsion, 45 degrés.

Rétropulsion, 0 degré.

Circumduction très limitée.

Radiographie du 20 février 1918 (fig. 2). — L'extrémité humérale paraît normale. Usure importante de la cavité glénoïde.

17 janvier 1919. — L'enfant revient avec un volumineux abcès de la paroi antérieure de l'aisselle, au niveau du bord inférieur du grand pectoral.

La peau est très amincie. Fistulisation imminente. Pas de douleur.

Incision de l'abcès.

19 janvier 1919. — Etat général bon.

Epaule droite, grosse tuméfaction, rougeur, chaleur.

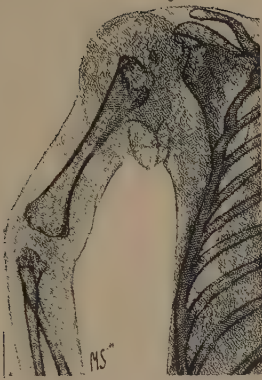
Adduction, 15 degrés.

Abduction, 30 degrés.

Antépulsion, 30 degrés.

Rotation, 30 degrés.

Suppuration abondante par l'incision. Trajet allant gagner l'articulation.



1



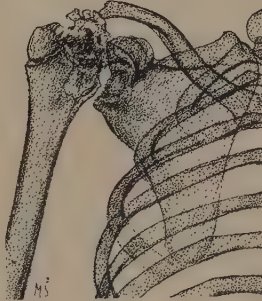
2



3



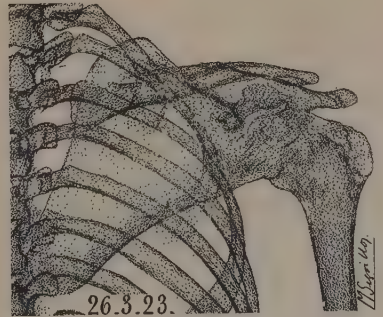
4



5



6



7

CONCLUSIONS

I. — L'ostéoarthrite tuberculeuse est plus rare à l'épaule qu'au coude ou au poignet.

II. — Le diagnostic précoce de la nature de l'arthrite chronique est souvent difficile.

III. — La lésion semble le plus souvent d'origine osseuse, et surtout humérale.

IV. — La forme sèche a ici une fréquence particulière. Elle se termine par ankylose.

V. — Il suffit presque toujours d'immobiliser le bras en écharpe.

Vu : le Président de la thèse,

A. BROCA

Vu : le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL

NOTES

- I — L'ensemble des données est plus ou moins complet.
- II — La détermination des données est plus ou moins difficile.
- III — La détermination des données est plus ou moins difficile.
- IV — La détermination des données est plus ou moins difficile.
- V — La détermination des données est plus ou moins difficile.
- VI — La détermination des données est plus ou moins difficile.
- VII — La détermination des données est plus ou moins difficile.
- VIII — La détermination des données est plus ou moins difficile.
- IX — La détermination des données est plus ou moins difficile.
- X — La détermination des données est plus ou moins difficile.

Le présent document est le résultat de la

travaux de la

Commission

Le présent document est le résultat de la
travaux de la
Commission

